

## Forma de Historia de Salud de la Mujer - Crossroad Centro de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### HISTORIA PERSONAL (marque con un círculo cualquiera de los siguientes que haya tenido en el pasado)

HISTERECTOMÍA si es así, cuando? \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

PRUEBA DE PAPANICOLAU si es así, cuando? \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal?  SÍ  NO

MAMOGRAMA si es así, cuando? \_\_\_\_\_ dónde? \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR (marque con un círculo cualquiera de los siguientes que alguien en su familia haya tenido en el pasado)

CÁNCER DE SENO

CÁNCER GYNECOLÓGICO (i.e. CÁNCER DEL OVARIO, ÚTERO, CÉRVIX, VAGINA)

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MENSTRUAL

¿Fecha de su última regla? \_\_\_\_\_

¿Duración de cada regla?: \_\_\_\_\_ DÍAS

¿Son regulares sus reglas?  SÍ  NO

¿Cada cuántos días tiene la regla? &NBSP; CADA \_\_\_\_\_ DÍAS

¿A qué edad comenzó a menstruar?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó la menopausia?: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SEXUAL

¿Está activa sexualmente?  SÍ  NO

¿Tiene relaciones con mujeres, hombres, o ambos?  Hombres  Mujeres  Ambos

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en el año pasado? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas sexuales?  SÍ  NO

¿Alguien le había hecho daño (golpe, patada, o otra) en el año pasado?  SÍ  NO

¿Se siente segura en su relación actual?  SÍ  NO

¿Hay un compañero de una relación anterior que es haciéndole sentir inseguro ahora?  SÍ  NO

### HISTORIA DE EMBARAZO

Ha estado embarazada alguna vez?  SÍ  No (si no, puede parar)

Edad al primer hijo: \_\_\_\_\_

Numero de embarazos perdidos: \_\_\_\_\_

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_

Numero de abortos: \_\_\_\_\_

Numero de partos: \_\_\_\_\_

Numero de niños vivos: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le diagnosticaron con diabetes gestacional?  SÍ  NO